

Umschau

Der Faktor „Religion“ in der Gesundheitsforschung und -förderung

Über Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Religion und psychischer Gesundheit hat John F. Schumaker erstmals in einem eigenen Sammelband („Religion and mental health“, New York 1992) berichtet. Die beiden im Jahr 2001 erschienenen Werke „Faith and health“ sowie „Handbook of religion and health“, die hier vorgestellt werden, sind jedoch die ersten Gesamtdarstellungen, die sich mit den Wirkungen des Glaubens sowohl auf die psychische als auch auf die körperliche Gesundheit befassen und die einschlägigen Studien konsequent im Rahmen der Gesundheitsforschung insgesamt auswerten.

Die Frage, ob zwischen Religiosität/Spiritualität einerseits und körperlicher und seelischer Gesundheit andererseits eine Beziehung besteht, ist keineswegs nur für Theologen von Interesse und auch nicht Glaubenssache, sondern Thema einer Gesundheitsforschung, die über die biologischen und neurologischen Faktoren hinaus auch die intrapsychischen, psychosozialen und kulturellen Bedingungen von Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit berücksichtigen will. Sie kann (und muß) nach allgemein anerkannten Methoden der Wissenschaft beantwortet werden. Man braucht, vereinfacht gesagt, nur zusätzlich zu Blutdruck, Blutbild, Gesundheitsrisiken (Rauchen, Trinken, Drogen), Schlafgewohnheiten, Ernährungsweise u. ä. auch Gottesdienstbesuch, Gebet und Einstellung zum je eigenen Glauben zu erfassen und die Ergebnisse miteinander in Beziehung zu setzen. Warum sich die deutsche Forschung diesem „ganzheitlichen“ Konzept immer noch verschließt, ist sachlich nicht zu begründen, auch wenn man in Rechnung stellt, daß die Bevölkerung unseres alten Kontinents weniger religiös ist als die amerikanische.

Nun war auch in den USA eine „Epidemiologie der Religion“ (Jeff Levin) noch in den 80er Jahren ein Außenseiterthema, doch nahm im folgenden Jahrzehnt das Interesse daran zu, je mehr man sich der Bedeutung der Präventivmedizin und der emotionalen und spirituellen Bedürfnisse

der Patienten bewußt wurde, sich mit alternativmedizinischen und geistheilerischen Angeboten auseinandersetzen mußte und begriff, daß man die aufgeworfenen Fragen empirisch untersuchen kann. 1999 hat das „Office of Behavioral and Social Sciences Research in the National Institutes of Health“ (OBSSR/NIH) ein Expertenteam über den Forschungsstand berichten lassen. Haben 1992 von den 125 medizinischen Fakultäten der USA nur vier Vorlesungen über „Religion und Medizin“ angeboten, so waren es im Jahr 2000 mindestens 65, darunter auch die Harvard University, also nicht nur kirchliche Hochschulen. Allerdings gehört das Thema Religion auch in den USA nur selten zum Ausbildungsprogramm von Psychologen.

Der von Thomas G. Plante und Allen C. Sherman herausgegebene Sammelband „Faith and health“¹ enthält Beiträge von 26 Psychologen, Psychiatern und Medizinern, die in ausgewählten Schwerpunkten eine Bilanz der bisherigen Forschung vorlegen. (Hier, wie auch im „Handbook of religion and health“, wird nur englischsprachige Literatur ausgewertet.) Der 1. Teil sichtet Studien zur Gesamtbevölkerung. Zuerst wird exemplarisch aufgrund wichtiger Untersuchungen verschiedener Art gezeigt, daß an einem positiven statistischen Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und psychischer sowie körperlicher Gesundheit kaum zu zweifeln ist, daß es aber noch zu wenig kontrollierte Interventionsstudien gibt, um genauer bestimmen zu können, welche religiösen Faktoren über welche Wirkmechanismen bestimmte Gesundheitsparameter beeinflussen. Der Psychologe Michael McCullough wertet Studien zur Lebensdauer bzw. zur Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Zeitraum zu sterben (Mortalität) aus. Beeindruckend ist beispielsweise eine 1993 veröffentlichte Langzeituntersuchung, die 10059 männliche Staatsangestellte in Israel über 23 Jahre hin erfaßte und feststellte, daß religiös „orthodoxere“ Männer, unabhängig vom Alter, länger lebten als andere. Noch differenzierter

beobachtete die von Robert Hummer und seinen Mitautoren 1999 publizierte Studie repräsentativ für die US-Bevölkerung zwischen 18 und 89 Jahren 21204 Personen über einen Zeitraum von neun Jahren. Ihr zufolge haben 20jährige US-Amerikaner, Männer wie Frauen, wenn sie einmal pro Woche zur Kirche, Synagoge oder Moschee gehen, eine um 6, 6 Jahre höhere Lebenserwartung, als wenn sie nie einen Gottesdienst besuchen; und wenn sie weniger als einmal die Woche an einem Gottesdienst teilnehmen, leben sie immerhin noch 4, 4 Jahre länger als die Gottesdienst-Abstinenzler.

Solche Zusammenhänge sind allerdings sehr allgemein, und man ist längst dazu übergegangen, Faktoren wie schwache Gesundheit, niedriges Einkommen, soziale Bindungen, Gesundheitsrisiken, Beweglichkeit (wichtig beim Indikator Gottesdienstbesuch), persönliches Gebet u. a. zu berücksichtigen und auch jene Studien zu interpretieren, die keine Beziehung zwischen Religiosität und Gesundheit ergaben. McCullough berichtet über eine von ihm und seinen Kollegen durchgeführte Metaanalyse, die die Daten von Studien prüfte, die bei insgesamt 125826 Personen erhoben wurden. Demnach haben religiöse Personen, selbst wenn man mehrere Faktoren berücksichtigt, in jedem folgenden Zeitraum durchschnittlich eine um 29 Prozent höhere Lebenserwartung als weniger religiöse. Dieser Vorsprung ist bei Gläubigen mit gemeindebezogener Religiosität (Gottesdienstbesuch, Mitgliedschaft in einer religiösen Gruppe) wesentlich höher als bei solchen mit rein privater religiöser Aktivität und bei Frauen ausgeprägter als bei Männern.

Wenn diese „robuste“ statistische Beziehung auch eine kausale ist, wie ist sie dann im einzelnen zu verstehen? Welche Rolle spielen das günstigere Gesundheitsverhalten, die stärkere soziale Unterstützung, die Belastungsbewältigung und die Selbstdisziplin, die Religiösen tendenziell eigen sind? Hier steht die Forschung noch am Anfang. Ein Bericht über eine Langzeitstudie zu „Religiosität und körperliche Gesundheit sowie Lebenszufriedenheit“ bei am Ende noch 154 über 60jährigen, ein Beitrag zum möglichen Einfluß von Vergebungsbereitschaft sowie zu Fragebögen zur Erhebung von Religiosität/Spiritualität schließen diesen Teil ab.

Da es beim Thema Gesundheit nicht nur um Langlebigkeit, sondern auch um Prävention und Lebensqualität geht, werden in den vier Beiträgen des 2. Teils Beobachtungen zur Wirkung von Religiosität/Spiritualität in besonderen Situationen und Gruppen ausgewertet – nämlich ihr Einfluß auf die Bewältigungsbemühungen von Krebskranken und Aids-Infizierten, auf den Alkohol- und Tabakkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie auf Indikatoren psychischer Gesundheit: Depressivität, Angststörungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Drogenabhängigkeit und allgemeines seelisches Wohlbefinden. Die meisten Studien sprechen für eine unterstützende Wirkung zumal durch persönliche Religiosität, die zur Bewältigung von Belastungen beiträgt.

Die Aufsätze des 3. Teils widmen sich Fragen der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis. Sie bieten einen Leitfaden zur Erhebung des religiösen Profils des einzelnen Klienten, erwähnen (ziemlich knapp) Gefahren und Möglichkeiten spiritueller Hilfen – von Handauflegen und Meditation bis zu spirituell ausgerichteten Selbsthilfegruppen – und berichten über eine Befragung, in der sich Ärzte und Psychologen, die in der Rehabilitationsmedizin tätig sind, zu ihrer eigenen Religiosität/Spiritualität, zur Einbeziehung der religiösen Ressourcen der Klienten in die Behandlung und zur (völlig mangelhaften) Einführung in diese Fragen während ihrer Ausbildung geäußert haben. Im letzten Teil kommen erklärte Sceptiker zu Wort. Sie heben die methodischen Schwächen vieler Untersuchungen hervor und warnen davor, daß Ärzte in die Rolle des Predigers schlüpfen, wollen aber auch nicht ausschließen, daß eine neue Generation von Studien die Bedeutung religiös-spirituelle Praxis für die Gesundheit einmal stringent beweisen wird. Abschließend formulieren die beiden Herausgeber Aufgaben einer solchen künftigen Forschung.

Das 712 Seiten umfassende Werk, das die bekannten Religion-und-Gesundheitsforscher Harold G. Koenig, Michael E. McCullough und David B. Larson verfaßt haben, ist auf Vollständigkeit angelegt und trägt zurecht den Titel „Handbook of religion and health“². Die Autoren werten mehr als 1200 Studien aus, auch jene seltenen, die Muslime und Buddhisten erfaßt haben – eine uner-schöpfliche Fundgrube. Auch sie verschweigen

weder die methodischen Mängel vieler Untersuchungen noch die Schwierigkeiten, ihre Ergebnisse zu interpretieren, sondern diskutieren die Resultate mit großer Sorgfalt. Sie versäumen auch nicht zu fragen, wann Religiosität/Spiritualität gesundheitsschädigend wirken könnte.

Negative Beziehungen zur körperlichen Gesundheit sind, so schreiben sie, nicht für die Gesamtbevölkerung, sondern nur für besondere Gruppen wie die Zeugen Jehovas, Faith Assemblies und andere nachgewiesen, die Bluttransfusionen, Impfungen, ärztliche Geburtshilfe u. ä. ablehnen oder (wie die Christian Science) sich zu spät ärztlich behandeln lassen. Eine mögliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit erwägen sie ohne statistische Belege nur allgemein als Gefahr bei Kulte und Milieus, die einer notwendigen medikamentösen und psychiatrischen Behandlung mit Mißtrauen begegnen, durch übertriebene religiöse Praxis sich anderen entfremden oder Gläubige mit massiven Schuldgefühlen belasten. Diese Thematik wird etwas oberflächlich abgehandelt.

Nach zwei einleitenden Teilen, sichtet Teil 3 zunächst Forschungsergebnisse zur Beziehung zwischen Religiosität und Indikatoren psychischer Gesundheit: Wohlbefinden, Depressivität, Suizid, Angststörungen, Schizophrenie und andere Psychosen, Alkohol- und Drogenkonsum, Delinquenz, Beziehungsstabilität in der Ehe sowie Persönlichkeitsmerkmale wie Feindseligkeit, Hoffnung/Optimismus, Sinnerfüllung und Kontrollbewußtsein. In den meisten Fällen gibt es mehr oder weniger deutliche Hinweise auf einen gesundheitspositiven, wenn auch nicht starken statistischen Zusammenhang. Einige Interventionsstudien zeigen auch, daß die Aktivierung von religiösen Überzeugungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung bei milden Depressionen und Angststörungen eine gewisse Wirkung erzielt. Die Autoren erklären dieses leichte Plus multifaktoriell durch eine Reihe von biopsychosozialen Einflüssen, unter denen die Religion mit ihrem günstigeren Gesundheitsverhalten, ihrer sozialen Unterstützung, ihrem Belastungsbewältigungspotential, ihren Normen und ihrer positiven Weltsicht einer unter vielen ist.

Teil 4 wertet Untersuchungen zur körperlichen Gesundheit aus. Hier werden nicht nur Studien zur

Beziehung zwischen Religiosität/Spiritualität und globaler Mortalität ausführlich berichtet und diskutiert, sondern auch Zusammenhänge mit Herzkrankungen, Bluthochdruck (von 16 gesichteten Untersuchungen dokumentieren 14 einen niedrigeren Blutdruck bei religiös stärker engagierten Personen, zum Teil selbst wenn man die Faktoren Alter, Geschlecht, Rauchen, Körpergewicht u. a. berücksichtigt), Störungen des Immunsystems, Krebserkrankungen, Behinderung, Schmerzen und Gesundheitsverhalten. Oft läßt sich eine bescheidene positive statistische Beziehung nachweisen, die die Autoren ebenfalls multifaktoriell – und ohne sich auf das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky zu berufen – interpretieren: Religion als *ein* Einfluß neben genetischen, lebensgeschichtlichen, sozioökonomischen, geschlechts- und altersspezifischen Faktoren; ein Einfluß, der sich über das Gesundheitsverhalten (beispielsweise rauchen Religiöse nicht nur weniger, sondern legen beim Autofahren auch eher den Sicherheitsgurt an), bessere Mitarbeit bei der ärztlichen Behandlung, soziale Unterstützung von seiten der Glaubensgemeinschaft und glaubensunterstützte Belastungsbewältigung auswirkt: auf Unfallrisiken, Krankheitserkennung und -behandlung, das autonome Nervensystem, das Immunsystem und die Produktion von Stresshormonen, wobei diese Zusammenhänge großenteils nur ansatzweise erforscht sind.

In Teil 7 formulieren die Autoren „Prioritäten zukünftiger Forschung“ und fordern vor allem prospektive und Interventionsstudien, die Aussagen über Ursachen erlauben – Postulate, die aufgrund der methodologischen Schwierigkeiten schwer zu erfüllen sind.

Zuvor, in den Teilen 5 und 6, prüfen sie Studien zur (wenig geklärten) Nutzung von medizinischen und psychiatrischen Dienstleistungen (Früherkennung, Präventivmaßnahmen u. ä.) durch die Angehörigen religiöser Gemeinschaften und diskutieren praktische Anwendungen, die sich aus der ziemlich sicher erwiesenen Bedeutung von spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen für die Gesundheit der Bevölkerung ergeben. Damit wollen sie Religiosität/Spiritualität nicht instrumentalisieren, sondern für eine Kooperation werben: Die Ärzte und Klinischen Psychologen sollen – man denke an die religionsfreundliche öffentliche Meinung in den USA –, wenn sie ungläubig sind, gläubige Klienten

bei der Suche nach religiösen Ressourcen unterstützen, indem sie auf religiöse Lektüre, Sendungen und Gesprächsmöglichkeiten mit einem Seelsorger hinweisen und letzteren als Teil ihres Behandlungsteams im Krankenhaus betrachten; gläubige Ärzte sollen ihre Patienten diskret dazu ermutigen, in ihrem Glauben Hilfe zu suchen.

Klinikseelsorger und pastorale Mitarbeiter in den Gemeinden sollen schon in ihrer Ausbildung mit medizinischen und psychologischen Gesundheitsfragen hinreichend vertraut gemacht werden. Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und nicht aus zweifelhafter „Populärpsychologie“ sollten sie erkennen (können), welche Bedeutung der Glaube für die Gesundheit hat und wofür sie als Theologen zuständig sind, aber auch wo eine ärztliche oder psychiatrische Behandlung notwendig ist. Aus ihrem ganzheitlichen gesund-

heitspsychologischen Ansatz ergibt sich für die Autoren, daß die Kirchen in hohem Maß für die Gesundheitsförderung ihrer Gläubigen verantwortlich sind und werbend informieren sollen über Körpertraining, ideales Körpergewicht, gesunde Ernährung, regelmäßige ärztliche Untersuchung, Schädlichkeit des Rauchens ... Diese Botschaft dürfte einen wohletablierten Teil der kirchlichen Erwachsenenbildung in Deutschland weitgehend bestätigen, aber auch auf seriöse Grundlagen verpflichten. *Bernhard Grom SJ*

¹ Faith and health. Psychological perspectives, hg. v. Th. G. Plante u. A. C. Sherman. New York: The Guilford Press 2001. 416 S. Lw. 44,- US \$.

² H. G. Koenig, M. E. McCullough u. D. B. Larson: Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press 2001. 712 S. Lw. 65,- US\$.